



**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO JOÃO DE DEUS**

**LICENCIATURA EM GERONTOLOGIA SOCIAL**

**A ANSIEDADE NO IDOSO**

**TRABALHO SUBTIDO POR:**

**ISABEL MARGARIDA B.M.GONÇALVES**

**Para a Unidade Curricular de Supervisão de Estágio e Estágio em  
Instituições de Saúde ou Turismo**

**Outubro de 2012**



**ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO JOÃO DE DEUS**

**LICENCIATURA EM GERONTOLOGIA SOCIAL**

**A ANSIEDADE NO IDOSO**

TRABALHO SUBTIDO POR:

ISABEL MARGARIDA B.M.GONÇALVES

ORIENTADORA: PROFESSORA DRA. TERESA TUPHOLME

Para a Unidade Curricular de Supervisão de Estágio e Estágio em  
Instituições de Saúde ou Turismo

Outubro de 2012

## **Agradecimentos**

Agradeço o apoio generalizado da minha família e amigos mais próximos.

Na realização deste trabalho, retirei horas da minha presença aos meus mais queridos e estes, com o amor e a disponibilidade de sempre solidarizaram-se com este compromisso final.

## Epígrafe

Você pode ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes, mas não se esqueça de que a sua vida é a maior empresa do mundo. E pode evitar que ela vá a falência. Há muitas pessoas que precisam, admiram e torcem por si. Gostaria que se sempre se lembrasse de que ser feliz não é ter um céu sem tempestade, caminhos sem acidentes, trabalhos sem fadigas, relacionamentos sem desilusões. Ser feliz é encontrar força no perdão, esperança nas batalhas, segurança no palco do medo, amor nos desencontros. Ser feliz não é apenas valorizar o sorriso, mas reflectir sobre a tristeza. Não é apenas comemorar o sucesso, mas aprender lições nos fracassos. Não é apenas ter júbilo nos aplausos, mas encontrar alegria no anonimato. Ser feliz é reconhecer que vale a pena viver, apesar de todos os desafios, incompreensões e períodos de crise. Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas e se tornar um autor da própria história. É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar um oásis no recôndito da sua alma. É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida. Ser feliz é não ter medo dos próprios sentimentos. É saber falar de si mesmo. É ter coragem para ouvir um “não”. É ter segurança para receber uma crítica, mesmo que injusta. Ser feliz é deixar viver a criança livre, alegre e simples que mora dentro de cada um de nós. É ter maturidade para dizer, “errei”. É ter ousadia para dizer “perdoe”. É ter humildade da receptividade. Desejo que a vida se torne um canteiro de oportunidades para você ser feliz...E, quando você errar o caminho, recomece. Pois assim você descobrirá que ser feliz não é ter uma vida perfeita. Mas usar as lágrimas para irrigar a tolerância. Usar as perdas para refinar a paciência. Usar as falhas para lapidar o prazer. Usar os obstáculos para abrir as janelas da inteligência. Jamais desista de si mesmo. Jamais desista das pessoas que você ama. Jamais desista de ser feliz, pois a vida é um obstáculo imperdível, ainda que se apresentem dezenas de factores a demonstrarem o contrário. “Pedras no caminho? Guardo todas, um dia vou construir um castelo...”

Fernando Pessoa

## **Resumo**

O presente estudo teve por objecto de estudo a ansiedade no idoso, um sentimento considerado pelos estudiosos, um dos mais importantes aspectos da saúde mental dos nossos dias. A ansiedade como parte inevitável da vida da sociedade contemporânea.

Asseguramos ao longo da dissertação, a ideia reiterada por muitos autores, de que a ansiedade é um complexo problema transversal, todavia, foi nossa preocupação salientar de que forma esta componente, ainda pouco estudada, afecta com maior significância a vida dos mais velhos.

Procuramos perceber as causas que levam a que a ansiedade dita “ normal” se possa metamorfosear naquilo a que se dá o nome de transtornos ou perturbações de ansiedade. Focamos de forma minuciosa as particularidades de cada um destes tipos de transtornos. Tentamos explicar a concomitância entre depressão e ansiedade, as quais, por sintomatologia semelhante se pode confundir, aquando do diagnóstico da doença.

Ao longo do estudo abordamos como se pode proceder ao controlo de sintomas. Finalmente, o nosso leitor poderá aclarar os mais avançados modelos terapêuticos, no tratamento ministrado aos pacientes, para que estes possam viver e ter uma esperança menos angustiante.

**PALAVRAS-CHAVE:** ansiedade, idosos, psicoterapia

## ÍNDICE GERAL

Introdução.....	7
1. Fundamentação Teórica.....	9
1.1 Ansiedade no Idoso.....	9
1.2 Síndrome de Pânico e Agorafobia.....	19
1.2.1 Sintomas de Agorafobia.....	21
1.3 Fobia Simples.....	22
1.4 Fobia Social.....	22
1.5 Transtorno Obsessivo.....	23
Conclusão.....	29
Bibliografia.....	31

## Introdução

A razão pela qual se decidiu abordar esta temática prendeu-se com o facto de a ansiedade ser cada vez mais, um aspecto relevante na sociedade hodierna, que afecta, a saúde mental e perturba o desenrolar da vida da população.

Os idosos são aqueles que por diversas variáveis apresentam maior susceptibilidade a este “sentimento”.

Ao longo do trabalho revelar-se-á que este é um problema transversal na sociedade, pois, afecta os indivíduos de todas as idades, sem excepção. Ver-se-á, também que é no sexo feminino que se verifica os maiores índices de ansiedade. Dar-se-á conta das razões para que tal aconteça.

Estudos levados a cabo, por uma universidade Americana, revelam que a ansiedade ocupa a maior parte das preocupações da saúde mental.

Dela, resultam outras patologias psiquiátricas, graves, menciona-se por exemplo, os transtornos de ansiedade, sendo estes, a preocupação ao longo do trabalho. Abordar-se-á efeitos colaterais à ansiedade, tais como a depressão, muitas vezes confundida com esta, entre outros. Diferenciar-se-á, a ansiedade dos transtornos de ansiedade, uma vez que se interpelam e confundem.

A velhice é um período normal do ciclo vital caracterizado por algumas alterações físicas, mentais e psicológicas. É importante realçar este aspecto, pois algumas modificações nesses aspectos, não caracterizam necessariamente uma doença. Em contrapartida, há alguns transtornos que são mais comuns em idosos; como transtornos depressivos, transtornos cognitivos, fobias e transtornos por uso de álcool. Além disso, os idosos apresentam risco de suicídio e risco de desenvolver sintomas psiquiátricos induzidos por medicamentos.

Evidenciar-se-á principalmente os transtornos mentais da população e logo, por consequência, a sua incidência nos idosos. Tem-se presente que o envelhecimento acontece enquanto processo, e por essa razão, o ser humano, deve ser tido de forma holística e multidimensional. Todos os comportamentos e atitudes que praticamos ao longo do nosso percurso, desenvolvem características psicológicas e fisiológicas, muitas vezes de difícil resolução.

Os sintomas ansiosos estão inúmeras vezes associados à menor satisfação com a vida e ao pior padrão de qualidade da mesma. Os transtornos mentais em idosos podem ser evitados, aliviados ou mesmo revertidos. Não será despropositado afirmar, desde logo, que diversos factores de risco levam os idosos a transtornos mentais.

Todos os transtornos, ou perturbações como queiramos chamar, têm como manifestação principal um alto nível de ansiedade. Atentar-se-á nestes aspectos, dando primordial atenção, à evolução da ansiedade nos indivíduos, às causas desse problema. Expor-se-á quais as possíveis intervenções, no tratamento, no sentido da prevenção da ansiedade.

Hoje em dia, já muitos estudos, dissertações existem acerca deste tema.

De forma clara mas, cautelosa, procurar-se-á dar conta deste problema, tendo em conta, as linhas de pensamento, mais importantes em curso.



## 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 1.1 Ansiedade no Idoso

Reiterando, o que fora dito na introdução deste trabalho monográfico, afirma-se que os sintomas ansiosos estão inúmeras vezes associados à menor satisfação com a vida e ao pior padrão de qualidade de vida. Os transtornos mentais em idosos podem ser evitados, aliviados ou mesmo revertidos. Não será despropositado afirmar, desde logo, que diversos factores de risco levam os idosos a transtornos mentais.

Pois referimo-nos-emos às perdas dos papéis sociais. Este factor tem enorme importância, todos necessitamos ter um “lugar ”na sociedade, para que possamos ser reconhecidos e valorizados, aqui está implícito o papel, uno, das emoções. Os indivíduos são e estão imbuídos de emoções.

A velhice caracteriza-se pela mudança de papéis e pela perda de alguns deles, tais como a perda do estatuto profissional, mudança nas relações familiares e nas redes sociais (Figueiredo, 2007). Essas mudanças são inevitáveis pois a velhice é uma etapa especialmente intensa de perdas afectivas (perda de papéis, filhos que saem de casa, reforma, viuvez, etc.). Assim, o desafio principal do envelhecimento é o confronto com essas perdas, o que vai exigir um esforço por parte do idoso para se adaptar a essas situações. Com este aspecto irá ser capaz de manter a qualidade de vida desejada.

Nesta etapa da vida, com a chegada da idade das reformas, muito se ganha, mas muito também se perde. O sentimento de pertença desaparece e toda a felicidade social de muitos idosos.

Depois a perda da autonomia, agrava a sensação de ausência de funcionalidade, o que promove alguma frustração.

A morte de amigos e parentes, a saúde em declínio fazem com que os idosos estejam mais vulneráveis ao convívio com as sensações de ansiedade.

Abordar-se-á apenas os transtornos psiquiátricos depressivos e os transtornos de ansiedade, aqueles que estão no centro deste estudo.

Pelo facto de se ser mais velho, não é sinónimo de possível desenvolvimento de uma depressão.

A diminuição da energia e concentração, problemas com o sono especialmente, o despertar precoce pela manhã, a diminuição do apetite, perda de peso, queixas somáticas e dores pelo corpo. Um aspecto importante no quadro de pessoas idosas é a ênfase aumentada nas queixas somáticas.

Pode haver dificuldades de memória, em idosos deprimidos que é chamado de síndrome demencial da depressão que pode ser confundida com a verdadeira demência. Além disso, a depressão pode estar associada à doença física e ao uso de medicamentos. Nunes (2008) salienta que a depressão tem um efeito inegável sobre o desempenho da memória, sendo esta uma das principais queixas das pessoas com depressão. A depressão pode afectar a memória de várias formas, por exemplo, a sensação de cansaço e de fadiga que está associada à depressão pode comprometer o desempenho das capacidades cognitivas nomeadamente da memória.

A doença psiquiátrica mais comum neste grupo etário é a pseudo-demência que se manifesta, por alterações, das funções intelectuais, alterações do carácter e do sono.

Ocorre sob estresse físico ou psicológico em indivíduos vulneráveis e pode ser precipitado pela morte do cônjuge, perda do emprego, aposentadoria, isolamento social, circunstâncias financeiras adversas, doenças médicas que debilitam ou por cirurgia, comprometimento visual e surdez.

As alterações do pensamento podem acompanhar outras doenças psiquiátricas que devem ser eliminadas como demência tipo Alzheimer, transtornos por uso de álcool, esquizofrenia, transtornos depressivos e transtorno bipolar. Torna-se muito importante estabelecer diagnóstico diferencial, uma vez que coexistem outras patologias que podem ser físicas ou psiquiátricas.

Relativamente aos transtornos de pânico, fobias, ansiedade generalizada, de stresse agudo e de estresse pós-traumático. Desses, os mais comuns são as fobias.

Os transtornos de ansiedade começam no início ou no período intermediário da idade adulta, mas alguns aparecem pela primeira vez após os 60 anos.

As características são as mesmas das descritas em transtornos de ansiedade, noutras faixas etárias.

Nos idosos, a fragilidade do sistema nervoso autónomo pode explicar o desenvolvimento de ansiedade após um stressor importante. O transtorno de stresse pós-traumático frequentemente é mais severo nos idosos do que em indivíduos mais jovens uma vez que, existe debilidade física concomitante nos idosos.

As obsessões (pensamento, sentimento, ideia persistente) e compulsões (comportamento consciente e repetitivo como contar, verificar ou evitar ou um pensamento que serve para anular uma obsessão) podem aparecer pela primeira vez em idosos, embora geralmente seja possível encontrar esses sintomas em pessoas que eram mais organizadas, perfeccionistas, pontuais e parcimoniosas. Tornam-se excessivos em seu desejo por organização, rituais e necessidade excessiva de manter rotinas. Podem ter compulsões para verificar as coisas repetidamente, tornando-se geralmente inflexíveis e rígidos.

A ansiedade apesar de ser uma patologia muito comum, é subestimada, pouco tratada e pobremente estudada, nos idosos (*Alwahhabi, 2003*).

Um problema comum para os clínicos é a distinção das diferentes causas da ansiedade nos idosos. Podendo ser devido a:

- Uma reacção a um evento traumático,
- Estar associada a doença médica,
- Associada ao uso de medicação,
- Associada a perturbações específicas de ansiedade,

Sintomas que são desestabilizadores, mas que não cumprem os critérios de diagnóstico de uma perturbação da ansiedade particular (*Alwahhabi*, 2003).

*Kirmiziloglu* e colaboradores (2009) num estudo com 462 idosos da Turquia com 65 anos ou mais referiram que a prevalência da fobia específica é superior nos idosos do que na restante população adulta.

No que respeita à perturbação obsessivo-compulsiva, existe equivalência entre idosos e adultos.

Os autores referem ainda que o tipo de ansiedade mais frequente nos idosos são as fobias específicas e logo a seguir as perturbações de ansiedade generalizada.

No entanto, *Van Der Weele* e colaboradores (2009) com uma amostra de 201 idosos na Alemanha, com 90 anos, referem que a perturbação da ansiedade mais frequente é a perturbação de ansiedade generalizada.

A ansiedade nos idosos aumenta o risco de doença física, declínio cognitivo, problemas de memória, reduz a qualidade de vida, aumentando concomitantemente o risco de morte (*Miller*, 2009; *Sinoff e Werner*, 2003).

São vários os factores que são referidos como preditores dos sintomas ansiosos.

Segundo *Forsell* (2000) a ansiedade é mais frequente nos idosos que não recebem visitas dos familiares e amigos, quer sejam idosos institucionalizados ou que ainda vivam nas suas casas.

*Kim, Morales e Bogner* (2008) com uma amostra de 330 idosos com 65 anos ou mais em acompanhamento pelo médico de família referem que existem diferenças étnicas relativamente à presença de ansiedade, referindo que a etnia caucasiana tem maior prevalência nas perturbações ansiosas do que a etnia negra.

GrammatiKopoulos e Koutentaris (2010) num estudo com mais de 132 idosos com 65 anos ou mais que frequentavam centros de dia, na Grécia, referiram que a ansiedade é mais prevalente em idosos com baixa actividade social e nos viúvos.

Relativamente à diferença de géneros é uma constante na literatura as mulheres serem apontadas como tendo mais ansiedade (GrammatiKopoulos e Koutentaris, 2010) mais fobias específicas e maior comorbidade entre depressão e ansiedade (Schoevers, Beekman e Deeg, 2003).

A ansiedade é uma parte inevitável da vida da sociedade de hoje. Mas existem situações que ocorrem no transcorrer do nosso dia - a- dia em que é natural que a ansiedade surja. Termos preocupação real com determinadas situações faz-nos estar mais reactivos aos problemas. Assim que estes acalmam, os níveis de ansiedade diminuem e tudo volta ao normal.

Os transtornos de ansiedade são as doenças psiquiátricas mais frequentes e resultam de um comprometimento funcional e sofrimento consideráveis.

Segundo Holander e Simeon (2004), os principais transtornos de ansiedade são:

- Transtornos de Ansiedade Generalizada
- Transtornos de Pânico e Agorafobia
- Fobia Social
- Fobias Específicas
- Transtorno Obsessivo-Compulsivo
- Transtorno de Stress Pós- Traumático

Numa abordagem da neuropsicologia, em observações clínicas a idosos com mais de 60 anos, menciona-se prejuízos na memória e atenção com bastante frequência. A ansiedade nos idosos aumenta o risco de declínio cognitivo, problemas de memória e reduz a qualidade de vida (Miller, 2009; Sinoff e Werner, 2003).

Cunha (2000) afirma que os transtornos de ansiedade são mais comuns na idade avançada do que noutras etapas da vida. Também afirma que a ansiedade quando em níveis elevados pode comprometer de forma significativa o desempenho das funções executivas do idoso.

A ansiedade é uma excitação do sistema nervoso central, que acelera o funcionamento do corpo e da mente. Quando estamos ansiosos, libertamos o neurotransmissor noradrenalina, que provoca toda essa excitação. É um processo que pode ter origem na hereditariedade, ou ter sido adquirido, através das experiências que temos nos ambientes mais hostis. Segundo Salgado (2012) a ansiedade está intimamente vinculada à forma como interpretamos as situações da vida.

Para o psicólogo Alexandre Bez (2012), especialista em relacionamentos pela Universidade de Miami e em ansiedade e síndrome do pânico pela Universidade da Califórnia, a ansiedade é o pior de todos os males psicológicos. Segundo Bez (2012) a ansiedade é o gatilho que desencadeia outros transtornos. Dentro do ponto de vista psicológico, podemos definir ansiedade como um estado mental praticamente subjectivo carregado de apreensão e recheado de incertezas, por causa dos múltiplos papéis que desempenham e devido às variações hormonais, algumas mulheres sofrem mais com a ansiedade e o stresse. Porém, os homens não estão imunes a esse mal. Questões profissionais e financeiras também podem desencadear a sensação de angústia e impaciência no sexo masculino. Se não for controlada, a ansiedade pode causar o surgimento de doenças psicossomáticas, ou seja, doenças que afectam a saúde física e mental. Gastrite, úlceras, colites, taquicardia, hipertensão, cefaleia e alergias são alguns exemplos de doenças causadas pela ansiedade. A ansiedade também é responsável pelo surgimento de doenças psiconeurológicas e psico-oncológicas. Segundo o psiquiatra Italiano Leonard Vereaque, isto acontece porque as pessoas não conseguem eliminar de forma natural a tensão gerada pela ansiedade. A mente cria válvulas artificiais para dar vazão a essa energia negativa. A partir daí, a pessoa começa a usar o próprio organismo como válvula de descarga. Não deixar situações pendentes diminui a ansiedade, aceitar de forma natural os

desafios e eliminar os sentimentos negativos, leva-nos a sensações de leveza (Vereaque,2012).

A ansiedade funciona como o “ *leitmotiv*” para o desencadear de outros transtornos. Necessitamos de desafios para nos podermos desenvolver. E também é importante aprendermos a viver com níveis de ansiedade suficientes para atingir o nível mais alto do nosso potencial.

De um facto estamos seguros, nenhuma ansiedade nos leva à estagnação.

A relação entre o transtorno de pânico e a depressão maior tem sido examinada em muitos estudos, pois é facto conhecido que geralmente os dois ocorrem juntos (Hollander 2004).

Relativamente à sintomatologia, verificamos que naquilo que respeita ao transtorno de ansiedade generalizada, este pode ser um sentimento desagradável, acompanhado de uma sensação de falta de ar, um aperto ou aceleração dos batimentos cardíacos. Os tremores são outra das sensações produzidas pelo corpo.

Para determinadas pessoas pode funcionar como um alerta. Neste tipo de ansiedade experimenta-se uma sensação de ininterrupta, uma ansiedade contínua e a sua duração e intensidade são desproporcionais às situações.

Este tipo de ansiedade é acompanhado por irritabilidade, falta de concentração, insónias, dor de cabeça, facilidade em alterar-se emocionalmente. Também os sintomas somáticos lhe estão associados: as mãos húmidas e frias, sudorese, diarreia, micção frequente, dificuldade em engolir.

A ansiedade generalizada surge em qualquer pessoa de qualquer cultura. São normalmente pessoas excessivamente preocupadas, com pensamentos pouco positivos. A saúde física e mental destes indivíduos pode ser afectada. Alguns indivíduos expressam-na por factores somáticos e outros por factores cognitivos (Baptista, 2000; Bernstein, 1981).

Cerca de 5% da população é afectada por este tipo de transtorno de ansiedade, em alguma etapa da sua vida.

A afirmação referida anteriormente é aqui reiterada uma vez que estudos comprovam que os indivíduos que dela sofrem tiveram o seu começo na infância ou adolescência. Após os 20 anos o seu início é frequente. Assim, o percurso é crónico e varia de pessoa para pessoa. O elevado grau de stresse, potencia o transtorno de ansiedade generalizada.

Diversas teorias sustentam que a ansiedade generalizada pode estar associada a conflitos psicológicos subjacentes. Estes conflitos estão frequentemente relacionados com inseguranças e atitudes autocríticas que são autodestrutivas e ameaçadoras para a pessoa. As pessoas reagem de forma diferente aos acontecimentos. Por exemplo, algumas pessoas gostam de falar em público enquanto outras ficam apavoradas. A capacidade de suportar a ansiedade varia segundo as pessoas e pode ser difícil determinar quando se trata de uma ansiedade anormal. No entanto, quando a ansiedade se apresenta em momentos inadequados ou é tão intensa e duradoura que interfere com as actividades normais da pessoa, então é considerada como uma perturbação.

A ansiedade pode ser tão stressante e interferir tanto com a vida de uma pessoa que pode conduzir à depressão. Tal facto encontra-se, por vezes, relacionado com a frequente comorbilidade com a perturbação depressiva, podendo ser difícil a distinção entre a ansiedade e a depressão. (Moreira, Gonçalves e Beutler, 2005), uma vez que a depressão pode gerar crises de angústia, de carácter agudo. (Leburia e Uriarte, 1997).

Algumas pessoas têm uma perturbação por ansiedade e, ao mesmo tempo, uma depressão. Outras desenvolvem, primeiro, uma depressão e, depois, uma perturbação por ansiedade.

Os fármacos são o tratamento preferido, por médicos e pacientes, para a ansiedade generalizada.

Habitualmente prescrevem-se fármacos ansiolíticos, como as benzodiazepinas, no entanto, chamamos a atenção para o facto de que, além de que o uso de benzodiazepinas a longo prazo podem criar dependência, os problemas que



estão subjacentes e dão origem ao estado ansioso não são resolvidos, pelo que terminada a farmacologia, os níveis de ansiedade aumentam novamente.

A psicoterapia tem-se revelado muito eficaz, ajudando o paciente a compreender e a resolver conflitos psicológicos internos, com o consequente desaparecimento dos sintomas e aumento do bem-estar físico e psicológico do paciente. Na psicoterapia os resultados começam a aparecer muito rapidamente. Em poucas semanas os sintomas desaparecem. A vida passa a ser vivida e olhada de forma mais tranquila e confiante. Quando a ansiedade se desregula é preciso tratá-la. Não só pelo desconforto e impacto negativo que tem na qualidade de vida de quem sofre de uma perturbação da ansiedade, como também pelo facto de, na sua generalidade, as perturbações de ansiedade terem tendência a piorar com a passagem do tempo.

Sendo das situações mais frequentes, estimando-se em cerca de 15-20% da população afectada por uma disfunção ansiosa já expressiva do ponto de vista clínico, e muitos mais a sofrerem a sua influência menos perigosa, no dia-a-dia.

A análise permanente das abordagens científicas mais actualizadas e eficazes no seu tratamento deveria ser efectuada. Uma divulgação relativa aos sinais de alarme e formas de intervir e prevenção em tudo o que diga respeito aos temas de ansiedade e stresse. As perturbações de ansiedade encontram-se entre as perturbações que mais vezes são mal diagnosticadas ou passam despercebidas (Frances e Ross, 2002). Tal facto encontra-se por vezes relacionado com a frequente co morbilidade com a perturbação depressiva, podendo ser difícil a distinção entre a ansiedade e a depressão (Moreira, Gonçalves e Beutler, 2005).

Podem acontecer casos de co morbilidade no que diz respeito a outros transtornos de ansiedade. Isto significa que uma pessoa pode apresentar mais do que um tipo de transtorno de ansiedade.

Podem ser executadas terapias de psicoterapia individual ou de grupo.

Existem programas de intervenção com base em construções exclusivas que asseguram eficácia e rapidez máximas, para apoiar a pessoa ansiosa nas perturbações ansiosas ou relacionadas:

Psicoterapia de grupo (Pânico com ou sem agorafobia, Ansiedade Generalizada, Fobia Social)

Frequentemente, quem sofre de uma perturbação ansiosa também apresenta reactividade depressiva, o que, apesar de desagradável, representa uma reacção natural do organismo a algo penalizador da qualidade de vida.

A relação intrínseca entre a mente e a parte psíquica do corpo começou por ser a base dos sistemas holísticos de tratamento orientais, há milhares de anos atrás. De facto, quanto mais nos debruçamos, com recurso às novas tecnologias, no funcionamento cerebral, mais nos apercebemos de uma relação íntima entre o domínio psicológico e o que decididamente nos habituámos a considerar do domínio orgânico.

A ansiedade associada ao stresse, actuam em conjunto, são dois elementos cujas características têm por consequência reflexos na sintomatologia corporal. O mesmo será afirmar que os seus sintomas manifestam-se fisicamente.

No que concerne ao Stress Pós-Traumático, também ele um estado ansioso, mas com a expectativa recorrente de reviver uma experiência que tenha sido muito traumática. Nalguns casos, após um evento traumático, a ansiedade diminui no primeiro mês, todavia casos há em que isso não acontece. Os sintomas persistem e reaparecem. Esses casos denominam-se de stresse pós - traumático. A resposta do paciente ao acontecimento tende a envolver medo intenso e sentimento de incapacidade de obter ajuda.

## **1.2 Síndrome de Pânico e Agorafobia**

Este caracteriza-se pela ocorrência reiterada e inesperada de ataques de pânico. São crises de períodos de intensa ansiedade, acompanhados por sintomas como: taquicardia, dificuldade em respirar, sensações de irrealidade entre outros.

Os indivíduos apresentam um estado de rapidez para responder ansiosamente, isto por situações enraizadas no seu passado.

Por exemplo, para uma pessoa com Transtorno do Pânico qualquer estímulo interno pode reativar a ansiedade de uma possível crise de pânico.

Existem três tipos de ataques de pânico:

Os ataques de pânico inesperados - aqueles que surgem vindos do nada, sem qualquer aviso. Ou seja, não existe uma razão muito clara para a subida repentina da ansiedade.

Os ataques de pânico situacionais - aqueles que surgem sempre em situações específicas. Os ataques de pânico situacionais são recorrentes e muitas vezes provocados por uma situação específica, como atravessar uma ponte ou falar em público. Ocorrem principalmente quando a pessoa já teve outros ataques de pânico na mesma situação. Com a progressão do transtorno de pânico, o paciente fica cada vez mais dependente dos outros, além do seu espectro de actividades ficar cada vez mais limitado. Inicia com ataques de pânico e costuma progredir para um quadro de agorafobia, no qual o paciente passa a evitar determinadas situações ou locais devido ao medo de sofrer um ataque.

Os ataques de pânico predispostos - aqueles que acontecem com mais frequência numa determinada situação, mas podem não acontecer durante a situação, podendo surgir mais tarde mesmo que a situação já tenha passado, como por exemplo aqueles ataques de pânico que a pessoa tem ao conduzir,

mas que surgem quando já está há trinta minutos em condução, ou quando já parou de conduzir.

Um ataque de pânico pode acontecer uma única vez, mas a maioria das pessoas, tem vários episódios. De facto, uma em cada quatro pessoas já teve um ataque de pânico ao longo da vida. E estima-se que a prevalência pode atingir 3,5% da população em geral. Estes valores sobem para 10% quando nos referimos a pessoas que consultam serviços de saúde mental, e para 60% quando nos referimos a pessoas que consultam o cardiologista.

As pessoas podem de facto ter um ou mais ataques de pânico, e no entanto, viverem a vida de uma maneira perfeitamente feliz e saudável. Os ataques de pânico podem ocorrer como parte de outro problema de ansiedade, como a Perturbação de Pânico, a Fobia Social, a Perturbação Obsessivo-Compulsiva, o Pós Stress Traumático, entre outras.

Também a psicoterapia é muito eficaz no tratamento dos ataques de pânico. Ou seja, a psicoterapia pode ajudá-lo a aprender estratégias para lidar com os sintomas físicos e com os pensamentos que surgem quando se tem um ataque de pânico. Desta forma a sua vida poderá ser vivida da forma como a pessoa quer, sem ser condicionada pela "força de vontade" dos ataques de pânico.

Para uma pessoa com Transtorno de Stresse Pós-Traumático, uma situação pode reativar emoções intensas de traumas vividos.

Numa pessoa com Transtorno de Ansiedade Generalizada, a vida é sempre imaginada como carregada de riscos, ameaças e problemas.

Se o indivíduo vive neste estado de alerta não há espaço a experiências novas. A pessoa vive em predisposição para o perigo, onde as experiências facilmente estão envoltas de ansiedade, pensamentos negativos e reacções fisiológicas de stresse.

Estes padrões cristalizados de alerta e ansiedade tornam a vida da pessoa uma sucessão de experiências repetitivas e carregadas de sofrimento, acompanhadas de uma tendência a comportamentos de recuo e evitamento.

A repetição de padrões não oferece salubridade ao indivíduo. É necessário que os indivíduos se mostrem receptivos ao novo.

O estado receptivo transporta para a disponibilidade para os encontros de maior clareza na percepção da realidade (Andrade et al., 2012).

Oferecendo ao paciente práticas diárias, o método que realmente funciona para mudanças desta natureza, técnicas praticadas com perseverança. Necessita-se de criar presença, trabalhando a mudança do eu centrado no pensamento (eu que pensa) para o eu centrado na experiência (eu que observa). (Andrade et al., 2012). Segundo Andrade et al. (2012) conceber presença é um passo fundamental para desativar o estado de alerta e entrar no estado receptivo, estar presente na vida.

O transtorno de pânico inicia com ataques de pânico e costuma progredir para um quadro de agorafobia, no qual o paciente passa a evitar determinadas situações ou locais devido ao medo de sofrer um ataque.

A Agorafobia é um distúrbio que algumas pessoas tem, mais conhecida como um ansiedade muito grande que tem uma associação com crises de pânico, ou seja quando a pessoa está em algum lugar que não conhece, ela fica com uma ansiedade misturada com medo, isso geralmente acontece quando a pessoa está com medo e ansiedade devido a um lugar desconhecido, e a agorafobia impede isso, faz com que essa pessoa evite de frequentar e ir a lugares que não conheça dos quais não iria saber sair caso acontecesse algo anormal.

A Agorafobia é um medo que a pessoa tem de coisas simples, mas que para ela se tornam difíceis e embaraçosas. Nalguns casos, acaba por ser nefasta na vida profissional e até social das pessoas.

Algumas pessoas com Agorafobia têm medo de andar num elevador, ou o medo de andar de avião, tendo em mente o que pode vir a acontecer. A antecipação está subjacente no pensamento destes indivíduos. É uma distorção do pensamento. Em todas essas situações existe um denominador comum, o problema que o paciente enfrenta, caso nelas tenha um ataque de pânico.

### **1.2.1 Sintomas de Agorafobia**

Os sintomas e causas da doença ainda não foram totalmente conhecidos, mas segundo especialistas, quem tem Agorafobia é mais vulnerável, e esse aspecto pode dever-se a algum trauma na infância. Pode também ocorrer noutro

qualquer estágio da vida, quando as pessoas foram colocadas, eventualmente em situações de risco.

Depois de uma séria descrição dos vários transtornos que a ansiedade pode provocar nos indivíduos, as peculiaridades de cada um e os possíveis tratamentos, focar-se-á, também na importância que a depressão encerra neste contexto e tema do trabalho em curso.

Muitas vezes no diagnóstico da doença, surgem características similares entre a ansiedade e a depressão que leva os clínicos a uma avaliação mais rigorosa. Falarmos dos idosos, leva-nos a uma reflexão pertinente acerca das alterações que ocorrem neste grupo. Alterações fisiológicas, biológicas, psicológicas, económicas e políticas que integram o quotidiano das pessoas.

As que nos interessam mais neste momento são as que afectam as primeiras aqui descritas.

### **1.3 Fobia Simples**

Medo irracional relacionado a um objecto ou situação específico. Na presença do estímulo fóbico a pessoa apresenta uma forte reacção de ansiedade, podendo chegar a ter um ataque de pânico.

Por exemplo a pessoa pode ter fobia de sangue, de animais, de altura, de elevador, de lugares fechados ou abertos, fobia de dirigir, etc. Há muitas formas possíveis, para a fobia, visto, que o estímulo fóbico, assume um lugar substituto para os reais motivos de ansiedade da pessoa. O motivo original vai ser descoberto na terapia.

### **1.4 Fobia Social:**

Ansiedade intensa e persistente relacionada a uma situação social. Pode aparecer ligado a situações de desempenho em público ou em situações de interacção social. A pessoa pode temer, por exemplo, que os outros percebam seu "nervosismo" pelo seu tremor, suor, rubor na face, alteração da voz, etc. Pode levar à evitação de situações sociais e um certo sofrimento antecipado. A pessoa pode também, por exemplo, evitar comer, beber ou escrever em

público com medo de que percebam o tremor. O transtorno de ansiedade ou fobia social começa muito cedo na vida da pessoa, há manifestações desde a infância, mas torna-se mais evidente no início da vida adulta, na medida em que os contactos com os outros se tornam mais obrigatórios. A evolução da fobia social vai limitando cada vez mais a vida da pessoa e pode gerar complicações como o abuso e dependência de álcool ou depressão.

## **1.5 Transtorno Obsessivo-Compulsivo**

O transtorno de ansiedade ou fobia social começa muito cedo na vida da pessoa, há manifestações desde a infância, mas torna-se mais evidente no início da vida adulta, na medida em que os contactos com os outros se tornam mais obrigatórios.

É um estado em que se apresentam obsessões ou compulsões repetidamente, causando grande sofrimento à pessoa. Obsessões são pensamentos, ideias ou imagens que invadem a consciência da pessoa. Há vários exemplos como dúvidas que sempre retornam (se fechou o gás, se fechou a porta, se lavou as mãos), fantasias de querer fazer algo que considera errado ser indelicado para com os outros, entre outros.

As compulsões são actos repetitivos que tem como função tentar aliviar a ansiedade trazida pelas obsessões. Assim, a pessoa pode lavar a mão muitas vezes para tentar aliviar uma ideia recorrente de que está sujo, ou verificar muitas vezes se uma porta está fechada, fazer contas para afastar algum pensamento, arrumar as coisas, repetir actos, etc.

O que caracteriza um estado como patológico é quando estas situações *dominam* a vida da pessoa, quando o sofrimento emocional (ansiedade, desânimo, etc.) passa a ocupar o primeiro plano na vida da pessoa e lhe impede de viver outras experiências. Na psicopatologia, ocorre alguma perda de liberdade e o paciente fica paralisado em modos estereotipados de funcionamento, sofrendo constantemente.

Nestas situações o paciente necessita de ajuda psicológica. A psicoterapia auxilia na saída deste estado de torpor, ajudando a restaurar a capacidade de prosseguir e construindo a vida do paciente ansioso.

A depressão no idoso, constitui um fenómeno muito importante. Esta é a patologia considerada mais importante. Apresenta-se de forma atípica ou encoberta. Significa que se apresenta sob várias queixas somáticas e ligada a quadros de ansiedade. Num estudo realizado numa comunidade idosa no norte de Portugal, Barreto (1984) encontrou uma prevalência de 25% de depressão. Também Valente (1991) realizou um estudo com os idosos que frequentavam os centros de saúde de Lisboa, e obteve uma prevalência de 35%. Já Seabra e col., (1991) num estudo realizado com idosos reformados no Algarve concluíram, inesperadamente, que existe uma prevalência de 72% de depressão.

No seu mundo, o idoso, vai sofrendo perdas, obtém diminuição social e também familiar, associa-se o aparecimento de doenças físicas (o que nem sempre acontece). Ser idoso não significa ser doente, no entanto o processo é de retrogénese psico-motora, o que por si só transtorna a vida das pessoas e as pode fazer repensar os seus hábitos, podendo os indivíduos desenvolver quadros de sintomatologia depressiva.

Devemos ter uma atitude realista e vincar que as tais modificações que se apresentam com o envelhecimento, enumeramos novamente, as perdas sentidas, a sensação de inutilidade, o sentimento de não pertença, a perda de controlo pelos seus, as modificações cerebrais, perda do cônjuge, perda da capacidade económica e por vezes a dependência financeira, estes sintomas emocionais, promovem a instabilidade e a ansiedade no idoso.

Existem cinco critérios para diagnosticar a depressão no idoso: persistência dos sintomas por duas ou mais semanas: sentimentos de desânimo, aumento ou diminuição do apetite, aumento ou diminuição do sono, diminuição de energia, sensação de fadiga ou cansaço, perda de prazer nas actividades quotidianas, lentificação motora e psicológica, diminuição da capacidade de concentração, interacção social.



Para a avaliação do grau de ansiedade utilizam-se questionários, escalas ou termómetros, nos quais os indivíduos procedem a uma qualificação pessoal. Também num quadro depressivo, são utilizadas ferramentas parecidas. Utilizam-se auto-questionários da depressão ou escalas de bem-estar subjectivo que o idoso preenche. O bem - estar subjectivo é o nível de prazer que a pessoa conservou (Chaves, 2011).

Os factores determinantes do bem-estar subjectivo, são a congruência sentida pelo indivíduo entre os projectos que realizou e os projectos que pensa realizar. Quanto mais fraca for a congruência, mais forte é o estado depressivo. O estado depressivo é acompanhado por um sentimento de solidão e rejeição.

Em pessoas idosas é frequentemente difícil determinar se os sintomas cognitivos ( por ex.: desorientação, apatia, dificuldades de concentração, perda de memória) são melhores explicados pela demência ou por um Episódio Depressivo Major numa Perturbação Depressiva Major. Uma avaliação médica adequada, da sequência temporal dos sintomas depressivos e cognitivos, evolução da doença e resposta ao tratamento ajudam a efectuar essa determinação.

Outras depressões existem, mas esse não é o tema deste trabalho. O que gostaria de mostrar é que existem características similares sintomatológicas na percepção e detecção da doença.

Segundo Chaves (2011) na avaliação de um estado depressivo na pessoa idosa é importante fazer referência ao seu contexto de vida e às respostas do seu ambiente. Um estado depressivo consecutivo a uma viuvez, acontecimento cuja frequência aumenta com a idade, num idoso não é comparável a um estado depressivo não associado com factos de vida identificáveis.

Julga-se relevante mostrar o papel importante e crescente da psicoterapia na idade adulta avançada. O psicólogo e terapeuta familiar Rebelo (2007), aborda de forma clara a importância desta terapia.

Este novo campo de reflexão apelidado por vários autores como os “*gerontic boomers*”, apresenta-se como tendo um número cada vez maior, o que conduz também a modificações sociais e a uma organização dos serviços de saúde que sejam capazes de dar respostas às novas necessidades.

Hoje os psicólogos clínicos deparam-se com uma nova área de intervenção, sendo imprescindível a integração destes em equipas multidisciplinares que

trabalham em unidades de geriatria dos centros de saúde, hospitais, etc. (Rebelo, 2007).

Os principais modelos terapêuticos a utilizar na idade adulta avançada prendem-se com aspectos psicossociais que definem esta etapa do desenvolvimento e posteriormente as indicações e as características dos diferentes modelos de intervenção psicológica, nesta área.

O acompanhamento psicológico de apoio tem o objectivo de atenuar os problemas existentes para lidar com a realidade da perda da independência e do declínio da sua saúde, tendo como finalidade, convencer os pacientes que ainda têm um papel a desempenhar, o que os irá ajudar a reconquistar um certo nível de auto-controlo e incentivar a elaboração de soluções viáveis.

No que concerne ao processo de envelhecimento, ficou-se com a impressão, baseados nos artigos consultados, da existência de concepções teóricas distintas, acerca da natureza do ser velho.

Uns defendem que esta se caracteriza por ser um período de perdas. Outros defendem que “a velhice” é um tempo de exposição a acontecimentos de vida e a transições (Fonseca, 2005:223). A velhice representa perdas ao nível biológico, psicológico e social, contudo, os ganhos são muitos, para que possam ser esquecidos e desvalorizados. “esta etapa, é vivida de forma a capitalizar todas as aprendizagens ocorridas em estádios anteriores do desenvolvimento. (Costa,1998; Fonseca, 2005; Lima, 2000 ; Zarit& Knight, 1996).

Devido à intervenção da gerontologia, se tem vindo a clarificar que o envelhecimento é uma experiência única e marcante.

Através do prolongamento da esperança média de vida, houve a necessidade da criação de novos estádios do desenvolvimento. Erikson, considerara que este último estágio seria aquele em que o indivíduo teria uma maior necessidade de interioridade, a aceitação do seu ciclo vital estaria na base deste raciocínio. Após uma revisão póstuma do texto, foi-lhe acrescentada um novo estágio. A capacidade de transcendência do indivíduo. Os autores acreditam que depois de haver uma integração do ego, o idoso ultrapassa o período de excessiva concentração em si mesmo, passando a momentos de reflexão permanente.

Deste modo, a compreensão do processo de envelhecimento individual apresenta quatro componentes. Os elementos da maturidade, o efeito geracional, o contexto social, e as mudanças da idade adulta avançada.

Relativamente ao primeiro aspecto, a investigação encontrou resultados que permitem aceitar a existência de estruturas de raciocínio pós-formal, e um aumento da interioridade. O segundo aspecto, reporta ao tempo histórico em que o indivíduo nasceu e de que forma vive a sua vida. Depois, os contextos sociais de inserção determinam os modos de vida e são os responsáveis pela grande diversidade dos processos de desenvolvimento e logo dos processos de envelhecimento.

Finalmente, as mudanças específicas da idade adulta avançada, relacionam-se com as perdas, os défices e as doenças.

A ideia de que os mais velhos não seriam indivíduos aptos para fazer psicoterapia, está neste momento ultrapassada. Contudo muitos clínicos continuam a insistir na teoria de que a psicofarmacologia deve ser proeminente. Discorda-se deste facto. Cada vez mais é necessário libertar os indivíduos de fármacos, pois outras vias estão em processo de desenvolvimento com resultados positivos e significativos.

O aumento do envelhecimento populacional, arrastou consigo a criação de serviços de saúde que prestam cuidados a este grupo etário. Reportam-se as unidades de geriatria. O trabalho é organizado por meio de equipas multidisciplinares. Estas procedem à avaliação e psicodiagnóstico, e criam lugares de apoio psicoterapêutico individual ou de grupo.

Os modelos cognitivo-comportamentais são muito populares na intervenção com idosos. São terapias que promovem o menor número de adaptações às intervenções especificamente destinadas a adultos com idade avançada. Procedem à avaliação multidimensional dos comportamentos, emoções e cognições, a construção hipotética da organização e funcionamento do cliente e definição das áreas problemáticas a intervir. As psicoterapias comportamentais oferecem trabalho clínico considerável em indivíduos de idade avançada.

O trabalho de grupo com idosos, encontra a sua primeira referência em 1950, mais tarde foram-se multiplicando as modalidades de intervenção psicológica.

A actividade da psicoterapia exige o aprofundamento dos referenciais teóricos da psicologia do desenvolvimento, as transformações comportamentais, físicas, cognitivas e afectivas, assim como as dúvidas de identidade, implementam na vida do idoso, dos seus familiares, novos ajustamentos. Os tratamentos psicológicos, não devem esquecer a importância de satisfazer as necessidades de inclusão e controlo destes indivíduos.

A hipnose terapêutica fornece aos pacientes capacidades para que estes possam melhorar e curar a sua ansiedade.

Trabalha-se para que o idoso continue a elaborar e a realizar os seus projectos de vida para que se sinta mais feliz e realizado.

O subconsciente age no sentido da resolução dos problemas, no sentido do encontro da paz interior.

As sugestões terapêuticas na hipnose são formuladas com o objectivo da mudança.

O ponto crucial, é o de fazer o paciente acreditar na possibilidade de resgatar a sua felicidade, fazendo alterações na sua vida. Com as técnicas da visualização, (o paciente imagina-se num lugar tranquilo e seguro) o paciente imagina um cenário positivo rodeado de elementos felizes e com isto vai minorar o seu sofrimento.

Aquilo que o tratamento sob hipnose acarreta prende-se com as modificações na estrutura do pensamento, pois compreendendo este que algo pode mudar para melhor, o caminho fica livre para que a mudança aconteça. O paciente torna-se, sereno, calmo e um novo cenário de vida se lhe abre.

## Conclusão

A ansiedade no idoso, um sentimento considerado importante, perturbador e um aspecto sensível da saúde mental, hodierna. A ansiedade como parte inevitável da vida da sociedade contemporânea.

Assegura-se ao longo da monografia, a ideia reiterada por muitos autores, de que a ansiedade é um complexo problema transversal, todavia, houve preocupação em salientar de que forma esta componente, ainda pouco estudada, afecta em maior escala a vida dos mais velhos.

Procurou-se perceber as causas que levam a que a ansiedade dita, “ normal” se possa metamorfosear, naquilo a que se denomina por transtornos ou perturbações de ansiedade. Focou-se de forma minuciosa as particularidades de cada um destes tipos de transtornos. Explicitou-se a concomitância entre a depressão e a ansiedade, as quais, por sintomatologia semelhante, se podem confundir, aquando do diagnóstico da doença.

Ao longo do trabalho monográfico, demonstrou-se como se pode proceder ao controlo de sintomas. Essencialmente, o nosso leitor poderá aclarar os mais avançados modelos terapêuticos, no tratamento ministrado aos pacientes. A psicoterapia, as mais recentes terapêuticas. Terapêuticas individuais e de grupo, a hipnose eficaz no seu tratamento.

Se porventura a disponibilidade fosse maior, tendo sido confrontados com a escassa bibliografia sobre esta matéria, seria bom que fosse produzido um estudo amplo e específico acerca de como a ansiedade afecta as idades mais avançadas.

Referiu-se ao longo do trabalho, aspectos peculiares da ansiedade, como a razão pela qual este sentimento se manifeste em maior número na etnia caucasiana, ou por que razão todos os estudos efectuados até então, oferecem níveis de ansiedade maiores às mulheres. Em que é que os géneros serão diferentes? Nas suas disposições genéticas? Ou, por qualquer outro motivo?

Poder-se-ia ter sido mais exaustivo no tratamento do tema, mas por razões de tempo, julga-se ter sido realizado um texto coeso, informado, esclarecedor para não defraudar as expectativas do leitor.

A maior dificuldade encontrada foi aquietar a nossa ansiedade, perante um tema que de resto, oferece alguma, complexidade.

A aprendizagem parece fundamental, conclui-se com a certeza de se ter analisado o tema, de modo, a que a cientificidade apontada e a cuidada redacção apoiada de uma linguagem onde transparecesse a essência do conteúdo escolhido e tratado.

## BIBLIOGRAFIA

Alwahhabi, F. (2003). Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 180-193.

Andreoni, S. Silveira, C.M., Alexandrino, S. et al, (2012). Mental Disorders in Megacities. Findings from São Paulo, Megacity Mental Health.

Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da Ansiedade: Uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares (Ed.) *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias adaptativas ao longo da vida* (pp. 89-141). Coimbra: Quarteto Editora.

Barros, C. S. G. (1990). Pontos de Psicologia do Desenvolvimento. S. Paulo: Ática.

Beck, A & Emery, G (1996) Anxiety disorders and Phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.

Bernstein, D. A. (1981). Anxiety Management. In W. E. Craighead, A. E. Kazdin, & M. J. Mahoney (Eds.) *Behavior Modification. Principles, issues, and applications* (pp. 205-222). Boston: Houghton Mifflin Company.

Chaves, I. (2011). Depressão no Idoso & Processo de Envelhecimento. Quando o entardecer chega. Acedido em Julho de 2012, de [http://www.cpihts.com/PDF02/In%C3%AAs%20Chaves\\_01.pdf](http://www.cpihts.com/PDF02/In%C3%AAs%20Chaves_01.pdf)

Cunha, J. A. (2000). Psicodiagnóstico V. Porto Alegre: Artes Médicas.

Figueiredo, L. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. M. (2005). Envelhecimento bem-sucedido. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.285-311). Lisboa: Climepsi.

Forsell, Y. (2000). Predictors for depression, anxiety and psychotic symptoms in a very elderly population: data from a 3-year follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 259-263.

Grammatikopoulos, I., & Koutentakis, C. (2010). Social activity and participation as determinants of anxiety and depression among elderly in primary care. *Annals of General Psychiatry*, 9, 137.

Hollander, E. (2004). Transtornos de Ansiedade, Porto Alegre: Artimed.

Kazdin, & Mahoney M.J. (Eds.) *Behavior Modification. Principles, issues, and applications* (pp. 205-222). Boston: Houghton Mifflin Company.

Kim, Y. A., Morales, K. H., & Bogner, H. R. (2008). Patient ethnicity and identification of anxiety in elderly primary care patients. *The American Geriatrics Society*, 56, 1626-1630.

Kirmizioglu, Y., Dogan, O., Kugu, & Akyuz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorder among elderly people. *International of Geriatric Psychiatry*, 24, 1026-1033.

Lima, M. P. (2004). *Posso Participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Âmbar.

Miller, M. C. (2009). Treating generalized anxiety disorder in the elderly. *Harvard Mental Health Letter*, 3, 1-4.

Neri, A. N. (2004). Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas Psicológicas, Biológicas e Sociológicas. – Campinas: Papirus.



Nunes, B. (2008). *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel.

Rebelo, H. (2007). *Análise Psicológica*, 4 ( XXVI): 543-557.

Schoevers, R. A., Beekman, A. T., & Deeg, D. J. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 994-1001.

Seabra, D. (2006). Idades avançadas, da solidão ao suicídio. In B. Peixoto, C. B. Saraiva, & D. Sampaio (Eds.). *Comportamentos suicidários em Portugal*, (pp. 247-256). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

Sinoff, G, & Werner, P. (2003). Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 951-959.

Van der Mast, R. C. (2009). Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 595-601.

Van der Weele, G. M., Gussekloo, J., De Wall, M. W. M., De Craen, A. J. M., & Van der Mast, R. C. (2009). Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 595-601.